



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN NUTRICIÓN Y
DIETÉTICA**

TEMA

**PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DE
CROHN**

AUTOR

CASTRO MERELO GILBERT ALEXIS

TUTOR

MARIA EUGENIA ROJAS MACHADO

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

N.D. KARLA GISELLA VELÁSQUEZ PACCHA MSC
DECANATO
O DELEGADO (A)

N.D. RAYNIER ARNALDO ZAMBRANO VILLACRES MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

ING. LUIS ANTONIO CAICEDO HINOJOSA.
COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y
DESARROLLO O DELEGADO (A)

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA BABAHOYO





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **MARÍA EUGENIA ROJAS MACHADO**, en calidad de Docente - Tutor del estudiante Sr **GILBERT ALEXIS CASTRO MERELO** el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, **PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DE CROHN**, de la Carrera de **NUTRICION Y DIETETICA** de la Escuela de **TECNOLOGIA MEDICA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los **18** días del mes de **septiembre** del año **2018**


MARÍA EUGENIA ROJAS MACHADO

CI: 1200668315.....



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE TITULACIÓN



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Tecnología Médica
Carrera de Nutrición y Dietética.

Por medio del presente dejo constancia de ser la autor del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DE CROHN

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: **18 de septiembre del 2018**

Autor

Gilbert Alexis Castro Merelo
CI. 070520165-5

Urkund Analysis Result

Analysed Document: par subir alexis castro caso clinico listo x fin.docx (D41518607)
Submitted: 9/17/2018 3:34:00 PM
Submitted By: alcas_23@hotmail.com
Significance: 10 %

Sources included in the report:

vcanola_M3.614_20172_Presentación de proyecto_9040583.txt (D40522436)
CASO CLINICO.docx (D41495899)
GASTROENTEROLOGIA.pdf (D40665070)
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>
<http://www.crohnscolitisfoundation.org/resources/vivir-con-de-crohn.html>
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-crohn/sintomas-causas>

Instances where selected sources appear:

12


Dra. María Eugenia Rojas Machado
Docente tutor


Gilbert Alexis Castro Merelo
Autor del caso clínico

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN.....	1
1. MARCO TEÓRICO.....	2
ENFERMEDAD DE CROHN	2
CAUSAS	2
Epidemiología.....	3
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	4
COMPLICACIONES	5
DIAGNÓSTICO	6
PRUEBAS Y EXAMENES	6
TRATAMIENTO.....	7
1.1. JUSTIFICACIÓN	9
1.2. OBJETIVOS.....	10
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.3. DATOS GENERALES.....	10
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
2.1. ANÁLISIS Y MOTIVO DE CONSULTA	11
2.2. ANAMNESIS.....	11
2.3. EXPLORACIÓN CLÍNICA	11
2.4. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	12

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	13
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR .	13
CONDUCTA A SEGUIR	14
Valoración antropométrica	14
Peso Ideal:	14
Porcentaje de pérdida de peso	14
PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA.....	17
FORMULA DE HARRIS BENEDICT	18
MENÚ.....	19
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	24
2.8. SEGUIMIENTO.....	24
2.9. OBSERVACIÓN.....	25
CONCLUSIÓN	26
RECOMENDACIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

DEDICATORIA

La concepción de este proyecto está dedicada a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento de esta meta anhelada por tanto tiempo.

A mi maravillosa Familia quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad, sacrificio, fomentando en mí el deseo de superación y triunfo en la vida, la cual ha contribuido a la consecución de este logro.

A mi extraordinaria prometida que es pieza fundamental en mi vida que ha encarado junto conmigo mil batallas parados ante el mundo pero arrodillados ante DIOS.

“Las decisiones nos ayudan a comenzar, la Disciplina nos ayuda a terminar”

Gilbert Alexis Castro Merele

AGRADECIMIENTO

“La Gratitud es la memoria del corazón”

Gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo justa y hermosa que puede llegar a ser.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora pero Agradezco cada obstáculo que se me presentaron en estos años de preparación porque me forjaron a ser un hombre de carácter y a entender que todo sacrificio tiene su recompensa.

“Las palabras nunca alcanzan, cuando lo que hay que decir desborda el alma”

Gilbert Alexis Castro Merelo

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DE
CROHN

RESUMEN

Introducción. La enfermedad de Crohn es una de las causas más frecuentes de la población. Este término es utilizado para poder describir la enfermedad de Crohn ya que es una afección crónica que puede recurrir varias veces en la vida.

Esta enfermedad puede llevar a un deterioro crónico del tracto intestinal aunque también puede afectar cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 45 años, albañil, estado civil unión libre, quien acudió por un cuadro clínico dolores abdominales intensos, evacuaciones de seis días atrás dos días de fiebre de evolución, peristalsis aumentada. Antecedentes familiares madre hipertensa y padre fallece con cáncer de colon, en la exploración física

Objetivo General. Mantener un buen estado nutricional del paciente de 45 años de edad con enfermedad de Crohn

Metodología. Se realizó un estudio observacional y descriptivo. Debido a que se tomó en cuenta recordatorio de 24 horas, su historial clínico antecedentes familiares exámenes bioquímicos y exploración clínica.

Resultados. Se determinó mediante la valoración antropométrica (IMC) y valoración bioquímica que existen déficit de macro y micronutrientes con el recordatorio de alimentos se reconoce sus malos hábitos alimentarios y horarios de comidas que no son adecuados

Conclusión. Por último mediante el cumplimiento de los objetivos planteados se logró obtener resultados favorables al paciente como mejorar su estado nutricional y mantenerlo, mediante la corrección alimentaria y se verificó a través de seguimiento y monitoreo

Palabras claves. Enfermedad de Crohn, enfermedades inflamatorias intestinales, alimentación, nutrición.

SUMMARY

Introduction. Crohn's disease is one of the most frequent causes of the population. This term is used to describe Crohn's disease since it is a chronic condition that can recur several times in life.

This disease can lead to a chronic deterioration of the intestinal tract although it can also affect any part of the digestive tract from the mouth to the anus.

We present the case of a 45-year-old male patient, mason, civil union, free of charge, who presented with severe abdominal pains, six days of evacuation two days of evolution fever, increased peristalsis. Family history hypertensive mother and father dies with colon cancer, on physical examination

General purpose. Maintain a good nutritional status of the 45-year-old patient with Crohn's disease

Methodology. An observational and descriptive study was carried out. Because it took into account 24-hour reminder, his medical history family history biochemical exams and clinical examination.

Results It was determined through the anthropometric assessment (BMI) and biochemical assessment that there are deficits of macro and micronutrients with the reminder of food is recognized their bad eating habits and meal times that are not adequate

Conclusion. Finally, through the fulfillment of the proposed objectives, we were able to obtain favorable results for the patient, such as improving their nutritional status and maintaining it, through food correction and verified through follow-up and monitoring.

Keywords. Crohn's disease, intestinal inflammatory diseases, nutrition, nutrition.

INTRODUCCIÓN

Cabe recalcar que el presente estudio se trata de un caso clínico de un Paciente masculino de 45 años de edad estado civil unión libre de profesión albañil acude al centro hospitalario con múltiples signos y síntomas: dolor abdominal, fiebre, fatiga, no refiere antecedentes patológicos personales pero si tiene antecedentes patológicos familiares madre hipertensa y padre fallece con cáncer de colon.

En la exploración física revela, presión arterial 120/65mmHg. Frecuencia cardiaca 76 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones/minuto saturación de oxígeno 98%, Temperatura 38.5 °C, peso actual 52 kg, talla 1,67m peristalsis aumentada. Se realiza exámenes complementarios; Análisis de sangre, análisis de heces y su mayoría están por debajo de los valores normales también se realizan otros estudios como; ecografía abdominal dando resultado una hepatoesplenomegalia, colonoscopia que indica colon derecho con úlceras y áreas de mucosas infiltradas, también se realizó biopsias para determinar el causante de enfermedad de Crohn, es derivado al nutricionista quien indica cambiar su estilo de alimentación y debido a la ocupación que realiza el paciente y hacer énfasis en comer a la hora adecuada.

En la evaluación antropométrica presenta un IMC de 18.11 Kg/m² esto refiere que su diagnóstico nutricional está en bajo peso, se realiza la prescripción dietética la misma que será una dieta blanda intestinal fraccionada en 5 ingesta al día adecuada para la enfermedad que presenta

Se realizara un control durante dos veces por mes, con un periodo de seis meses hasta obtener un buen estado nutricional y mejoramiento de su patología.

1. MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD DE CROHN

La enfermedad de Crohn se produce por una respuesta inmune desproporcionada del intestino, frente a un agente aún no identificado, en individuos genéticamente susceptibles, lo que produce una reacción inflamatoria crónica descontrolada de la mucosa intestinal, progresiva y destructiva. Dicha enfermedad hacen que se formen úlceras en el tubo digestivo en cualquier lugar desde la boca hasta el ano. También es conocida como ileítis regional. (Macías, Enfermedad de Crohn , 2017)

Se caracteriza por inflamación transmural del tracto gastrointestinal y granulomas que afecta principalmente al colon y al íleon (enteritis regional), pero que puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal La inflamación transmural puede llevar a una fistulización interna o externa. También es evidente una susceptibilidad genética. (Macías, enfermedad de crohn, Año 1, Noviembre 2017)

El gen Nod2 del cromosoma 16, situado en los monocitos que intervienen en la respuesta inmunológica a los microorganismos patógenos, parece ser responsable de la mayor susceptibilidad. (Floch, 2006, pág. 148)

Por lo general evoluciona de una forma crónica más o menos rápida hacia fibrosis estenosante, abscesos y fístulas. (Leiva*, 2014, pág. 148)

CAUSAS

Los médicos no están seguros que causa la enfermedad de crohn, pero influyen:

Reacción auto inmunitaria.

Cuando su sistema inmunitario ataca las células sanas del cuerpo. Científicos creen que las bacterias en el tubo digestivo pueden desencadenar de manera equivocada una reacción del sistema inmunitario. Esta respuesta causa inflamación, lo que genera los síntomas. (Diseases, s.f.)

Genes.

Esta patología puede ser hereditaria. Los expertos siguen estudiando el vínculo entre los genes y la enfermedad de Crohn. (Diseases, s.f.)

Otros factores.

- Tabaquismo.
- Las medicinas antiinflamatorios no esteroideos, los antibióticos y píldoras anticonceptivas pueden aumentar ligeramente la probabilidad de desarrollar la enfermedad de Crohn.
- Una alimentación alta en grasas. (Diseases, s.f.)

Epidemiología

Epidemiológicamente las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) permite estimar la importancia que tienen las mismas dentro de la comunidad, la forma en la que cambia su incidencia prevalencia a lo largo del tiempo y la asociación o no con distintos factores ambientales que modifican su historia natural actuando como "factores de riesgo" o bien como "factores protectores". (Beatriz Sicilia, 2009)

Al igual que otras enfermedades de base inmunológica, la incidencia de la enfermedad de Crohn se relaciona con el desarrollo económico y sanitario de los países. Es una enfermedad presente principalmente en los países desarrollados. La prevalencia en Europa sigue aumentando, siendo actualmente de 10 a 200 casos por 100.000 habitantes, por lo que se estima que existen 1 millón de personas con enfermedad de Crohn. Las tasas de incidencia han sufrido un notable incremento en todos los países desarrollados, y siguen aumentando. En España, se diagnostican unos 6-9 casos nuevos por cada 100.000 habitantes año. Y aunque la incidencia puede variar entre diferentes hospitales, regiones y comunidades, si revisamos estudios recientes, poblacionales y prospectivos, no existen grandes diferencias. (Rojas, NOV - DICIEMBRE 2007)

Es difícil determinar la tendencia mundial, en términos de incidencia y prevalencia, porque los criterios diagnósticos que se han utilizado en los distintos estudios no han sido homogéneos, como tampoco lo ha sido la población estudiada, a lo que se suman variaciones geográficas y raciales. Aun así, se sabe con certeza que la distribución de la EII es bimodal, con un pico de incidencia entre los 30 y 40 años de edad, y un segundo pico, de menor magnitud, a los 60 años. (Quera, 2005)

Los factores ambientales que explicarían diferencias epidemiológicas entre Norteamérica y Latinoamérica incluyen el estado socioeconómico imbricado con la exposición a infecciones, el uso de antibióticos y la hipótesis de la higiene. Existe una correlación positiva entre la clase social y el riesgo de la enfermedad de Crohn, estando las clases altas de mayores ingresos con incidencias 20% mayores que las clases de menores ingresos. (Rómulo Darío Vargas, 2010)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones principales de la enfermedad de Crohn son el dolor abdominal, la diarrea o el cambio en el hábito deposicional, y la disminución del peso. (D., 2010)

Los síntomas varían mucho. En la colitis ulcerosa la diarrea es el factor predominante. El patrón intestinal varía en función del área del intestino que está afectada. (D., 2010)

Cuando se afecta el íleon terminal el síntoma inicial más relevante suele ser el dolor en el cuadrante inferior derecho, el cual puede confundirse con apendicitis. A veces, el dolor abdominal puede ser difuso, aunque varía según el área del intestino afectado. Debido a la cronicidad de los síntomas, la mayor parte de pacientes pierden peso. Dependiendo de la extensión de la enfermedad, los síntomas pueden acompañarse de obstrucción y, por tanto, de estreñimiento y distensión del abdomen, o de drenaje rectal perianal secundario a la fistulización o, en casos excepcionales, de anemia causada por pérdida hemática y malabsorción. Los síntomas varían dependiendo de la localización de la enfermedad en el tracto gastrointestinal. (Marteau, 2013)

El paciente puede tener dolor a la palpación difuso u obstrucción, o puede encontrarse anémico, pálido y febril (Xiques, 2015).

El dolor se localiza con más frecuencia en el cuadrante inferior derecho del abdomen y en ocasiones, se asocia una masa inflamatoria. Es segmentaria y transmural; zonas respetadas rodeadas de intestino enfermo. Cuando la enfermedad se limita al colon, los síntomas de presentación suelen ser rectorragia y diarrea. (Leiva*, 2014)

La afectación del íleon terminal, del colon o de ambos es frecuente, aunque puede afectarse cualquier segmento del tracto alimentario, respetando el recto; con micro perforaciones, adelgazamiento de la pared eritematosa, fístulas y úlceras “empedradas”. (Duffy, 1991)

También encontramos síntomas crónicos que persisten más de 2-4 semanas. El ano se afecta a veces con la aparición de bolsas de pus dolorosas (abscesos) o expulsión de pus por orificios alrededor del ano mismo (fístulas). Pueden aparecer síntomas dependientes de otros órganos. (Román V. F., 2005)

Otros síntomas pueden incluir:

- Ojos (enrojecimiento, dolor y picazón)
- Articulaciones (inflamación y dolor)
- La piel (erupciones sensibles, ulceraciones dolorosas y otras llagas/salpullido)
- Los huesos (osteoporosis)
- Los riñones (piedras)
- El hígado (colangitis esclerosante primaria, hepatitis y cirrosis) un acontecimiento muy raro. (foundation, s.f.)

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad de Crohn son los abscesos y las fístulas, la obstrucción y la enfermedad perianal. Los abscesos aparecen en el 15 a 20 % de los pacientes y surgen a partir de un área infectada. Las fístulas

son más comunes y se desarrollan en el 20 a 40 % de los pacientes. La mayoría son enteroentéricas o enterocutáneas. (Floch, 2006, pág. CAP 149)

DIAGNÓSTICO

La evaluación analítica inicial puede revelar anemia, velocidad de sedimentación elevada, leucocitosis y trombocitosis, dependiendo de nuevo de la extensión de la enfermedad. Si el paciente está perdiendo peso y presenta diarrea, puede existir hipoalbuminemia. El paso siguiente en el diagnóstico implica una exploración del tracto gastrointestinal. (Floch, 2006, pág. 148)

Los síntomas determinarán si puede empezarse con una endoscopia. Si el paciente muestra diarrea, la colonoscopia revelará probablemente las clásicas ulceraciones aftosas del intestino y áreas salteadas. El examen histológico puede confirmar el diagnóstico. (Floch, 2006, pág. 148)

La mayoría de colonoscopistas consiguen explorar el íleon terminal. La proctosigmoidoscopia es fundamental para la evaluación inicial y es preferible efectuarla sin preparación intestinal para evitar la hiperemia causada por los enemas. La gastroduodenoscopia puede ayudar en la valoración de los síntomas gastrointestinales superiores, en un paciente con enfermedad de Crohn confirmada. (Macías, enfermedad de crohn, Año 1, Noviembre 2017)

No existen datos clínicos histológicos ni morfológicos que sean por si solo diagnósticos EC por lo tanto el diagnostico se basa en una anamnesis detalla (Miguel Angel Gassull, 2006, pág. 333)

PRUEBAS Y EXAMENES

El examen físico puede revelar sensibilidad o una masa abdominal, erupción cutánea, articulaciones inflamadas o úlceras bucales. (medlineplus, 2017)

Los exámenes para diagnosticar la enfermedad de Crohn incluyen:

- Enema opaco o tránsito esofagogastroduodenal
- Colonoscopia o sigmoidoscopia

- Tomografía computarizada (TC) del abdomen
- Endoscopia por cápsula
- Resonancia magnética (RM) del abdomen
- Enteroscopia

Se puede realizar un cultivo de heces para descartar otras causas posibles de los síntomas. (medlineplus, 2017)

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Nivel bajo de albúmina
- Tasa de sedimentación eritrocítica alta
- Grasa fecal
- Conteo sanguíneo bajo (hemoglobina y hematocrito)
- Pruebas de la función hepática anormales
- Conteo de glóbulos blancos alto
- Nivel elevado de calprotectina en heces. (medlineplus, 2017)

TRATAMIENTO

El cambiar su tratamiento nutricional influye positivamente en la mejora de su sintomatología. (Macías, enfermedad de crohn, Año 1, Noviembre 2017)

El fármaco más utilizado en esta situación azatiprina pero hay que tener en cuenta que tarda entre uno y tres meses en ser eficaz y esto puede ser un factor limitante para su uso de la patología y si la actividad inflamatoria es grave. (Miguel Angel Gassull, 2006)

Antibióticos como el metronidazol y ciprofloxacina, puede ser útil para matar los gérmenes en los intestinos. Es probable que usted también tenga que tomar un corticosteroide tal como prednisona. Tratamientos nutricionales como el reposo intestinal y a la nutrición enteral la respuesta de los pacientes es muy positiva y si fuera necesario, el último recurso sería el tratamiento quirúrgico. (Leiva*, 2014)

La nutrición correcta es vital. Salvo que se indique lo contrario, se puede y debe comer de todo. En algunas personas, se indica tratamiento nutricional con suplementos por vía oral (dieta enteral), que a veces (por ejemplo, en los niños) puede controlar la inflamación por sí solos. (Román V. F., 2005)

No existe curación para la enfermedad de Crohn y los tratamientos actuales se enfocan en la inducción y mantenimiento de la remisión. Esto significa que muchos individuos necesitan tratamiento por tiempos prolongados para la inducción de la remisión durante los periodos de actividad de la enfermedad o bien para conservar la remisión. (Gutiérrez, 2010)

El tratamiento antibiótico y médico puede ser útil y en algunos estudios ha demostrado ser efectivo, aunque, con frecuencia, se requiere tratamiento quirúrgico. (Floch, 2006)

La obstrucción es una complicación común y, aunque se han probado los stents y la dilatación, se precisa una intervención quirúrgica para mitigar la obstrucción progresiva, la cual tiene una frecuencia máxima en el intestino delgado. La hemorragia y la perforación libre son muy infrecuentes, pero se producen. A veces, la hemorragia puede ser oculta y puede exigir tratamiento. Los tratamientos médicos nuevos y más espectaculares pueden obviar la necesidad de cirugía en algunos pacientes. Sin embargo, la lista de indicaciones de la cirugía es dilatada y su necesidad se pone de manifiesto en los pacientes individuales. (Floch, 2006, pág. 149)

1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico es efectuado con la finalidad de dar a conocer la importancia del nutricionista en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Crohn, y así tratar de disminuir los signos y síntomas que generan dicha anomalía al ser humano que la padece, controlando el estado nutricional del paciente, por medio de dietas requeridas.

En la actualidad esta enfermedad se ha considerado como una patología más frecuente en países industrializados y las incidencias se encuentran en Europa y Norteamérica, y recalcando la importancia de los factores ambientales, dietéticos y genéticos en la patogénesis de la enfermedad.

Datos epidemiológicos de esta enfermedad en Hispanoamérica son escasos a pesar que hay estudios recientes de Brasil, Puerto Rico y Colombia nos encontramos lejos de conocer la prevalencia de la enfermedad de Crohn en toda Latinoamérica

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Mantener un buen estado nutricional del paciente de 45 años de edad con enfermedad de Crohn.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diagnosticar el estado nutricional del paciente a través de métodos antropométricos, bioquímicos y clínicos.

Corregir la alimentación del paciente de acuerdo a la patología

Verificar el cumplimiento de la atención integral de nutrición a través del monitoreo y seguimiento

1.3. DATOS GENERALES

Paciente de sexo masculino de 45 años, casado, es albañil, nivel socio económico estable.

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1. ANÁLISIS Y MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude al centro hospitalario con dolor abdominal en la parte inferior, acompañado de fatiga, fiebre, y refiere pérdida de peso en los últimos días, no refiere antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares madre hipertensa y padre falleció con cáncer de colon.

2.2. ANAMNESIS

Acude a emergencias refiriendo evacuaciones hace 6 días atrás las cuales han aumentado, son de consistencia acuosa y de coloración blanquecina, fétidas, presenta dolor cólico abdominal difuso. Fiebre de 2 días de evolución, ocasionalmente hay rasgos de sangre al asearse.

2.3. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Al momento de la exploración física presenta Tensión arterial 120/65 mm/hg, Frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, Frecuencia cardiaca 76 latidos por minuto, saturación de oxígeno 98%, Temperatura 38.5 °C, peso habitual 62 kg, peso actual 52 kg, talla 1,67m Mucosas orales secas, abdomen blando, peristalsis aumentada

2.4. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Tabla 1 *Parámetros*

PARÁMETROS	RESULTADOS	VALORES NORMALES
iTransferrina	133mg/dl	200-400mg/dl
Cromo	0.8meq/l	0.05-0.5meq/l
Glucosa	115mg/dl	70-110mg/dl
Potasio	4.0 meq/l	3.5-5.5meq/l
Calcio	7.9mg/dl	8.1-10.9mg/dl
Sodio	136meq/l	135-155meq/l
Fósforo	2.5 mg/dl	2.7-4.5mg/dl
Albumina	3.2gr/dl	3.5 – 5gr/dl
Hemoglobina	9.8gr/dl	11.0 – 18 gr/dl
Leucocitos	3.7mm ³	4.0 – 11.0mm ³
Hematocrito	40.5%	35 – 55 %
Proteína sérica	54 mg/l	60 a 83 g/l
Glóbulos rojos	5.4mm ³	4.0– 6.2mm ³

Exámenes complementarios realizados

IMÁGENES	RESULTADOS
Ecografía abdominal	Hepatoesplenomegalia
Colonoscopia	Colon derecho con úlceras y áreas de mucosas infiltradas
Biopsias	Enfermedad de Crohn.

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico presuntivo. El médico indica colitis ulcerosa por la sintomatología.

Diagnóstico diferencial. Podría ser cáncer de colon por los antecedentes familiares pero los exámenes realizados los descartan.

Diagnóstico definitivo. El médico diagnostica enfermedad de Crohn por lo que se deriva a paciente con nutricionista para que esta realice su intervención nutricional.

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

La problemática de este paciente al ser albañil es que realiza horas extras y por lo coincidente le impide comer a la hora adecuada, y no lleva una alimentación correcta.

CONDUCTA A SEGUIR

VALORACIÓN NUTRICIONAL INTEGRAL

DATOS GENERALES

PESO ACTUAL: 52 kg

PESO HABITUAL: 62 kg

TALLA: 1.67m

EDAD: 45 años

Datos.

Valoración antropométrica.

Datos.

Peso actual: 52 kg

Talla: 1.67 cm

IMC= $\frac{PKG}{$

TM2

IMC= 52 kg / 1.67 cm x 1.67 cm.

IMC= 52 kg / 2.87 = 18.11 kg/mt2 **BAJO PESO**

Peso Ideal:

PI= Talla m x Talla m x 23

PI = 1.67 m x 1.67 m x 23

PI = 64.14 kg

Porcentaje de pérdida de peso

PI – PA / PI x 100%

64.14kg – 52kg /64.14kg x 100% = **6. 33 % PERDIDA PESO SEVERA**

TIEMPO	PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVO	PÉRDIDA DE PESO SEVERO
1 semana	1 – 2 %	>2%
1 mes	5%	>5%
3 meses	7,5%	>7,5%
6 meses	10%	>10%

➤ **Valoración Bioquímica**

PARÁMETROS	RESULTADOS	VALORES NORMALES	INTERPRETACIÓN
iTransferrina	133mg/dl	200-400mg/dl	BAJO
Cromo	0.8meq/l	0.05-0.5meq/l	NORMAL
Glucosa	115mg/dl	70-110mg/dl	ALTO
Potasio	4.0 meq/l	3.5-5.5meq/l	NORMAL
Calcio	7.9mg/dl	8.1-10.9mg/dl	BAJO
Sodio	136meq/l	135-155meq/l	NORMAL
Fósforo	2.5 mg/dl	2.7-4.5mg/dl	BAJO
Albumina	3.2gr/dl	3.5 – 5gr/dl	BAJO
Hemoglobina	9.8gr/dl	11.0 – 18 gr/dl	BAJO
Leucocitos	3.7mm ³	4.0 – 11.0mm ³	BAJO
Hematocrito	40.5%	35 – 55 %	NORMAL
Proteína sérica	54 mg/l	60 a 83 g/l	BAJO
Glóbulos rojos	5.4mm ³	4.0– 6.2mm ³	NORMAL

Según los análisis bioquímicos revelan que la Transferrina está en rangos bajo esto indica que el cuerpo tiene demasiado hierro en su cuerpo, pero los niveles de hemoglobina y leucocitos refieren que hay pérdida de sangre, proteína sérica y la albumina india pérdidas de proteínas o mala absorción.

➤ **Valoración Dietética**

Se realiza un recordatorio de 24 horas para conocer su alimentación y frecuencia alimentaria y se reconoce sus malos hábitos alimentarios y horarios de comidas.

Se verifica que la ingesta diaria no cubre los requerimientos nutricionales.

Desayuno 7:30 am

Una taza de café con 2 panes y queso

Almuerzo 2:30 pm

Hamburguesa doble, vaso de gaseosa

Merienda 8:00 pm

Arroz con huevo y papas fritas, jugo de naranja

Refrigerio 9:00 pm

Dos porciones de helado

	ALIMENTO	CANT	KCAL	CH	PROT	LIPIDOS
DESAYUNO	Café	100ml	353	75,4	12,2	0,5
	Azúcar	10g	32,4	9,9	0,0	0,02
	Pan	60g	194	31,4	6	9,2
	Queso	60g	194,4	1,8	13,02	8,6
ALMUERZO	Hamburguesa	60g	151,2	8,2	8,36	9,4

	doble					
	Gaseosa	500ml	185	47,8	0,35	0.1
	Mayonesa	10g	68	0,05	0,09	7,5
MERIENDA	Arroz con huevo	120g	181,3	32,05	4,3	3,5
	Papas	40g	129,6	8,16	0,9	0,0
	Aceite	10g	32,4	0,01	0,0	9,9
	Mayonesa	10g	68	0,05	0,09	7,5
	Naranja	3uni	97,2	3,1	0,1	0,03
	Azúcar	10g	32,4	9,9	0,0	0,02
	Helado	2uni	154,6	36,1	3,3	0,37
TOTAL			1873,5kcal	263,9g	48.7g	56.6g
RECOMENDADO			2510kcal	407,8g	94,1g	55,7g
			133,9%	154,5%	193,2%	98.4%

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA

Dieta blanda intestinal de 2.510 kcal fraccionada en 5 ingesta al día.

Se recomienda fibra soluble 2g

Suplemento nutricional 4 cucharadas 65g x cucharadas en 240ml de agua.

Calcio 2 capsulas diaria cada una de (400mg)

Suero oral

FORMULA DE HARRIS BENEDICT

$$\text{GEB} = 66 + (13.7 \times \text{Peso kg}) + (5 \times \text{Estatura en cm}) - (6.8 \times \text{Edad años})$$

$$\text{GEB} = 66 + (13.7 \times 64.14) + (5 \times 167 \text{ cm}) - (6.8 \times 45)$$

$$\text{GEB} = 66 + 820.63 + 835 - 306$$

$$\text{GEB} = 1.477 \text{ kcal}$$

$$\text{GET} = \text{GEB} \times \text{Actividad Física}$$

$$\text{GEB} = 1.477 \text{ kcal} \times 1,7 \text{ Actividad Física moderada}$$

$$\text{GET} = 2.510 \text{ kcal.}$$

❖ DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES

CARBOHIDRATOS **65%**

GRASAS **20%**

PROTEINAS **15%**
100%

- $2.510 \times 65 / 100 = 1.631,5$
- $2.510 \times 20 / 100 = 502$
- $2.510 \times 15 / 100 = \underline{376.5}$

2.510 KCAL

- $1.631,5 / 4 = 407,8 \text{ g / hc}$
- $502 / 9 = 55,7 \text{ g / lípidos}$
- $376,5 / 4 = 94,1 \text{ g proteína}$

❖ FRACCIONAMIENTO DE COMIDAS/ DÍA

DESAYUNO: 25%

REFRIEGERIO 1: 10%

ALMUERZO: 30%
REFRIGERIO 2: 15%
MERIENDA: 20%
100%

$2.510 \times 25 / 100 = 627,5 \text{ Kcal}$

$2.510 \times 10 / 100 = 251 \text{ Kcal}$

$2.510 \times 30 / 100 = 753 \text{ Kcal}$

$2.510 \times 15 / 100 = 376.5 \text{ Kcal}$

$2.510 \times 20 / 100 = \underline{502 \text{ Kcal}}$

2.510 kcal

MENÚ

DESAYUNO.

1 taza de suplemento nutricional

2 cdta Mantequilla baja en grasa

6 tostada grille

2 rebanas de papaya

REFRIGERIO 1.

2 clara de huevo

1/2 de zapallo cocido

Agua aromática + cdta de miel de abeja

ALMUERZO.

1 plato con aguado de pollo (zanahoria, pollo desmenuzado, arroz) + 1/3 taza de arroz + maduro cocinado + ensalada de veteraba cocinado (zanahoria, veteraba, vainitas, cebolla) + 2 cdta de aceite de oliva + pollo al vapor

REFRIEGERIO 2

1 taza con compota de manzana

2 panes tostados integral

1 cda Mantequilla baja en grasa

MERIENDA

1 taza papa cocida + 2 onzas de pescado guisado

1 vaso de jugo de guayaba

	Alimentos	Cantidad	KCAL	CH	PROT	LÍPIDOS	FE	CA	
Desayuno	Suplemento	240ml	260	32	10	9	3.1	171	
	Mantequilla baja en grasa	10g	71.3	0.075	0.02	4.7	0,01	32.4	
	tostadas grille	80g	250.4	44.56	10.4	3.4	2.1	24.6	
	Papaya picada	60g	25.8	6.49	0.28	0.15	0.30	7.4	
	INGESTA			607.5	83.12g	20.7g	17.25g	5.5mg	235mg
	RECOMENDADO			627,5kcal					
PORCENTAJE			96.8%						

	Alimentos	Cantidad	KCAL	CH	PROT	LÍPIDOS	FE	CA	
refrigerio	Claros de huevo	60g	194.4	0.0	7.24	0.12	0.24	6.6	
	zapallo	60g	32.4	8.48	1.48	0.77	0.3	7.2	
	miel de abeja	10g	26.9	7.3	0.5	0.01	0.2	0.7	
	INGESTA			253.7	15.78g	9.22g	0.9g	0.7mg	14.5mg
	RECOMENDADO			251kcal					
PORCENTAJE			101%						

	Alimentos	Cantidad	KCAL	CH	PROT	LÍPIDOS	FE	CA
Almuerzo	pollo	90g	291.6	0.0	19.8	18.27	1.6	13.5
	zanahoria	20g	7	2.64	1.15	0.03	0.06	6.6
	arroz	1/3 de tz	221.6	211.06	7.8	1	0.8	10.8
	veterabaja	20g	8.8	3.99	1	0.10	0.18	2.8
	cebolla	10g	32.40	1.66	0.12	0.01	0.05	2.0

	vainitas	10g	32.40	4.93	1.4	0.04	0.11	5.2
	Aceite de oliva	1 cdta	88.4	0.0	0.0	15	0.1	0.05
	Maduro cocinado	20g	64.8	10.88	0.16	0.08	0.14	2.6
	INGESTA		747	235.16 g	32.43g	34.53g	3.04mg	43.5mg
RECOMENDADO			753kcal					
PORCENTAJE			99,2%					

	Alimentos	Cantidad	KCAL	CH	PROT	LÍPIDOS	FE	CA
refrigerio	Compota de manzana	61g	197	20.92	0.24	0.06	0.31	3.05
	Pan tostados I	40g	129.6	28.20	3.72	0.16	1.6	17.2
	Mantequilla baja en grasa	7g	49.9	0.05	0.1	2.25	0.03	1.47
	INGESTA		376.5	49.17g	4.8g	2.41g	1.94mg	21.72mg
	RECOMENDADO			376.5 kcal				
PORCENTAJE			100%					

	Alimentos	Cantida d	KCAL	CH	PRO T	LÍPID OS	FE	CA
Meri enda	papa	1tz	200.8	17.65	2.49	0.0	0.9	5.4
	Mantequilla baja en grasa	5g	35.65	0.03	0.11	6	0.02	1.05
	Pescado picudo	2 onzas	194.4	0.0	16.5 8	0.30	1.2	11.4
	guayaba	3 unidade s	97.20	6.44	0.24	0.15	0.15	4.5
	INGESTA		502	24.12g	21g	6.45g	2.2mg	22.3mg
RECOMENDADO			502kcal					
PORCENTAJE			100%					

	Kcal	CH	PROT	LÍPIDO S	FE	CA
Total de ingesta diaria	2.512,7kcal	407.3g	88.22g	55.09g	13.3mg	1137mg
Total de ingesta recomendada	2510kcal	407,8g	94,1g	55,7g	8–10mg	1200mg
Porcentaje de adecuación	100.07%	99.87%	93.75%	98.90 %		

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

El plan de alimentación que se llevara a cabo para un paciente con enfermedad de Crohn debe ser equilibrado, que contenga alimentos con cantidades adecuadas, hipercalóricos, hiperproteicas, durante el día la dieta debe tener un fraccionamiento de 4 -5 comidas, esto ayudara mantener o aumentar peso.

La enfermedad de Crohn tiene alta prevalencia en mal nutrición por posibles elementos dietéticos. Las pruebas recientes apoya el empleo de nutrición enteral como terapia primaria, si el tratamiento con corticoides no da resultados positivos.

2.8. SEGUIMIENTO

El soporte nutricional adecuado para el paciente con enfermedad de Crohn incluiría mejorar el estado nutricional, la corrección de las deficiencias de macro y micronutrientes, suministrando calorías y proteínas adecuadas para mantener un balance nitrogenado positivo y promover así la cicatrización de la mucosa, por un periodo da cada mes por seis meses obtener los resultados esperados

Primera consulta. Se realiza valoración antropométrica como resultado de su peso actual es 54kg con un IMC de 18.81 kg/mt² como resultado **bajo peso**

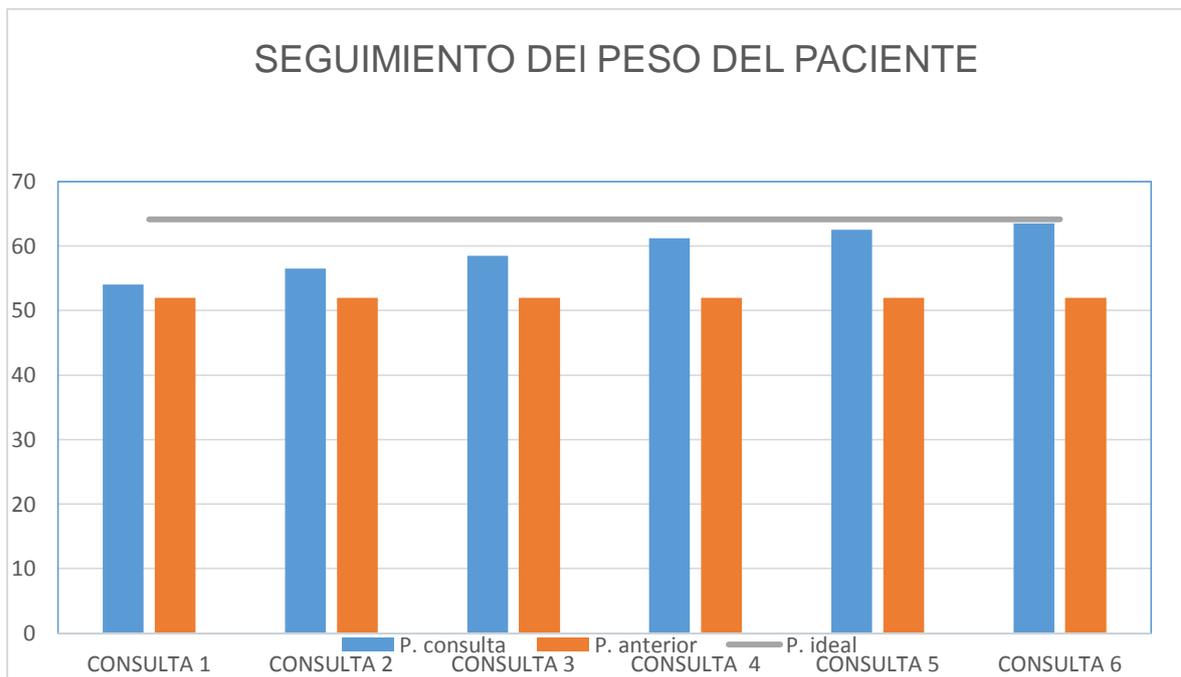
Segunda consulta: nuevamente se realiza valoración antropométrica como resultado de su peso de 56.5kg con IMC de 19.51 kg/mt² teniendo en cuenta este parámetro **normal**

Tercera consulta: se realiza valoración antropométrica y bioquímica obteniendo lo siguiente peso de 58.5kg con un IMC de 20.38 kg/mt² estando en rangos **normales** y resultados de exámenes bioquímicos con aumento de calcio de 7.9mg/dl a 10 mg/dl y hemoglobina de 9.8mg/dl a 15mg/dl.

Cuarta consulta: nuevamente valoración antropométrica obteniendo su peso de 61.2kg su IMC es de 21.32 kg/mt2 teniendo un estado nutricional **normal**

Quinta consulta: obtenemos los mismos resultados de IMC **normal** pero aumenta su peso de 61.2kg a 62.5kg.

Sexta consulta: realizamos valoración antropométrica, bioquímicos donde se obtuvo los resultados esperados de un peso 63.5kg con IMC **normal** y resultados bioquímicos normales como calcio 10mg/dl, una transferrina de 200mg/dl hemoglobina 15mg/dl, y glucosa se redujo 80 mg/dl.



2.9. OBSERVACIÓN

La finalidad del tratamiento para paciente con enfermedad de Crohn es mejorar su estado nutricional, promoviendo una buena alimentación y evitando la mala frecuencia alimentaria

La evaluación de las lesiones de la paciente es notable con su mejoría mediante terapia no farmacológica.

CONCLUSIÓN

El estudio de este caso clínico del paciente masculino de 45 años de edad con enfermedad de Crohn se pudo cumplir con los objetivos establecidos se obtuvo mejorar el estado nutricional del paciente, se diagnosticó su estadio y complicaciones del paciente verificando su IMC en cada consulta, se modificó su alimentación y los malos hábitos alimentarios de acuerdo a su patología para obtener los mejores resultados.

Por último se verificó el cumplimiento de la atención nutricional integral a través del monitoreo en cada evaluación obteniendo resultados deseados.

RECOMENDACIONES

Hasta el momento no se han demostrado ningún tratamiento específico para dichos pacientes, ya que cada metabolismo es diferente y depende del estadio de la enfermedad.

Para lo cual debemos considerar, evitar alimentos procesados, no fumar, no ingerir alcohol Evitar alimentos picantes y café, mantener una buena hidratación y sobre todas las cosas continuar con la dieta junto con actividad física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basu D, L. I. (OCT 2010). Impact of race and ethnicity on inflammatory bowel disease. *PUBMED*.
- Beatriz Sicilia, R. V. (2009). Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.
- D., V. R. (2010). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal: ¿ por qué las diferencias entre Norteamérica y Latinoamérica? *Rev Col Gastroenterología*, 103 - 105.
- Diseases, T. N. (n.d.). <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-crohn/sintomas-causas>.
- Duffy, L. C. (1991). Relevance of major stress eventos as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Aspectos psicologicos en la enfermedad de crohn y en la colitis ulcerosa*.
- ELSEVIER. (2013). ¿Polarizar o paralizar? Moviéndonos hacia variables de desenlace reportadas por pacientes en síndrome de intestino irritable. *Revista de Gastroenterología de México*, 1-4.
- Floch, M. H. (2006). *Gastroentereologia*. Barcelona(España): ELSEVIER SAUNDERS.
- foundation, c. c. (n.d.). <http://www.crohnscolitisfoundation.org/resources/vivir-con-de-crohn.html>.
- Gutiérrez, T. H. (2010). Enfermedad de Crohn. *Revista de Gastroenterología de México*.
- Leiva*, M. D. (2014). G A S T R O E N T E R O L O G I A, ENFERMEDAD DE CROHN. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI*.

- Macías, B. C. (2017). Enfermedad de Crohn . *Revista Salud y Ciencias ISSN*, 03 - 04.
- Macías, B. C. (Año 1, Noviembre 2017). enfermedad de crohn. *Revista Salud y Ciencias ISSN en trámite*, 03-04.
- Marteau, P. A. (2013). enfermedad de crohn. *EMC-Tratado de Medicina*,, 1-8.
- medlineplus. (2017, septiembre 7). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>. Retrieved from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>
- Michael M. Phillips, M. (2017, JULIO 9). *A.D.A.M.*
- Miguel Angel Gassull, F. G. (2006). ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. In F. G. Miguel Angel Gassull, *ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL* (p. 666). MADRID ESPAÑA.
- Quera, R. (2005). Enfermedad inflamatoria intestinal: epidemiología, fisiopatología y diagnóstico. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*.
- Rojas, S. T. (NOV - DICIEMBRE 2007). ASPECTOS SPICOPATOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN Y EN LA COLITIS ULEROSA. *Avances en Psicología Latinoamericana*, VOL 25.
- Román, A. L. (n.d.). <http://www.doctormagarzo.com/enfermedad-de-crohn/>.
- Román, V. F. (2005). Enfermedad de Crohn. *REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS*.
- Rómulo Darío Vargas, M. (2010). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal: ¿por qué las diferencias entre Norteamérica y Latinoamérica? *Revista Colombiana de Gastroenterología*.
- STROENTEROLOGIA, G. A. (2014). Enfermedad de crohn. *Revista Médica de Costa Rica y centroamerica*.
- Xiques, A. T. (2015). Enfermedad de crohn. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello*.

ANEXOS

IMC [peso(kg)/talla ² (m)]	Clasificación de la OMS
< 18.5	Bajo peso
18.5 - 24.9	Normo peso
25.0 – 26.9	Sobrepeso grado 1
27 – 29.9	Sobre peso grado 2
30 – 34.9	Obesidad grado 1
35.0 – 39.9	Obesidad grado 2
40 -49.9	Obesidad grado 3 (mórbida)
Mayor 50	Obesidad grado 4(extrema)

ECUACIÓN DE HARRIS – BENEDICT MB

MB mujeres = $655 + (9,6 \times P) + (1,8 \times A) - (4,7 \times E)$

MB hombres = $66 + (13,7 \times P) + (5 \times A) - (6,8 \times E)$



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 18 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **GILBERT ALEXIS CASTRO MERELO**, con cédula de ciudadanía **070520165-5**, egresado de la Escuela de Tecnología Médica, Carrera Nutrición y Dietética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DE CROHN**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

GILBERT ALEXIS CASTRO MERELO
CI. 070520165-5



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 18/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (SEGUNDA ETAPA)

NOMBRE DE LA DOCENTE TUTORA: DRA. MARÍA EUGENIA ROJAS MACHADO

FIRMA: *Maria Eugenia Rojas Machado*

TEMA DEL CASO CLINICO: PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DE CROHN

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: GILBERT ALEXIS CASTRO MERELO

CARRERA: NUTRICION Y DIETETICA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMANTE	Pag. Nº.
			Presencial	Virtual			
	16/08/2018	Revisión de Mecanismo de acción, fisiología, objetivos	/		100%	<i>Maria Eugenia Rojas Machado</i>	
	24/08/2018	Revisión de la metodología del diagnóstico	/		100%	<i>Maria Eugenia Rojas Machado</i>	
	28/08/2018	Revisión de las intervenciones nutricionales	/		100%	<i>Maria Eugenia Rojas Machado</i>	
	03/09/2018	Revisión del cálculo dietético	/		100%	<i>Maria Eugenia Rojas Machado</i>	
	06/09/2018	Revisión del seguimiento, conclusiones.	/		100%	<i>Maria Eugenia Rojas Machado</i>	
	12/09/2018	Revisión final del caso clínico	/		100%	<i>Maria Eugenia Rojas Machado</i>	

Alexis Castro Merelo

ING. LUIS ANTONIO CAICEDO HINOJOSA. MBA
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

DRA. MARÍA EUGENIA ROJAS MACHADO
 DOCENTE TUTORA
 CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA

COORDINACION DE TITULACIÓN
 Carrera de Nutrición y Dietética
 FCS - U.T.B.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
 FECHA: 18/09/2018 HORA: 10:00
 Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mba.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, **05** de julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-**

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **CASTRO MERELO GILBERT ALEXIS**, con cédula de ciudadanía **070520165-5**, egresado(a) de la Carrera de **NUTRICION Y DIETETICA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE ADULTO**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **DRA. MARIA EUGENIA ROJAS**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**CASTRO MERELO GILBERT ALEXIS
C.I 070520165-5**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **MARIA EUGENIA ROJAS MACHADO**, en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): **“ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE ADULTO”**, elaborado por el estudiante egresado: **CASTRO MERELO GILBERT ALEXIS**, de la Carrera de **NUTRICION Y DIETETICA** de la Escuela de **TECNOLOGIA MEDICA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los **05** días del mes de **julio** del año **2018**



MARIA EUGENIA ROJAS MACHADO

Ci: 1300668715.....



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 05-Julio-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Maris Eugenia Rojas Machado FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Paternidad de leche en pacientes adultos

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: CASTRO MERED GILBERT ALEXIS

CARRERA: NUTRICION Y DIETETICA

Pag. No.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1 hora	28/06/18	Propuestas del Tema, para casos clínicos			100%		
1 hora	29/6/18	Revisión y discusión Virtual del avance			100%		
1 hora	02/07/18	Consección y definición del Tema			100%		
1 hora	03/07/18	Bonificaciones			100%		
1 hora	05/07/18	Aprobación del Tema y Firma Responsable.			100%		

Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mba.
 COORDINADOR DE TITULACIÓN
 CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA